

	MANUAL DE AUDITORIA ADMINISTRATIVA PARA LA PRESENTACIÓN DE CUENTAS DE SERVICIOS DE SALUD – MEDICINA PREPAGADA	CÓDIGO: MNL-CSA-001
	PROCESO: CUENTAS DE SALUD	VERSIÓN: 00

CONTENIDO

1. OBJETIVO	2
2. ALCANCE	2
3. DEFINICIONES	2
4. MARCO LEGAL	4
5. LINEAMIENTOS PARA EL PROCESAMIENTO DE CUENTAS DE SALUD	4
5.1. RADICACION DE FACTURAS Y SOPORTES	4
5.2. VALIDACIÓN DE SOPORTES DE LA FACTURA	6
5.3. AUTORIZACIÓN Y RECONOCIMIENTO AL PAGO, GLOSA Y/O DEVOLUCIÓN	8
5.4. CONCILIACIÓN DE CARTERA Y OBTENCION DE PAZ Y SALVO	8
6. CONTROL DE CAMBIOS	9

 compensar	MANUAL DE AUDITORIA ADMINISTRATIVA PARA LA PRESENTACIÓN DE CUENTAS DE SERVICIOS DE SALUD – MEDICINA PREPAGADA	CÓDIGO: MNL-CSA-001
	PROCESO: CUENTAS DE SALUD	VERSIÓN: 00

1. OBJETIVO

Brindar la información necesaria a nuestros aliados estratégicos para agilizar los procesos administrativos de facturación, pago, módulos de prestadores en el sitio web y plataforma de radicación y gestión de conciliación de facturas, a través del presente documento, de tal manera que podamos asegurar la autorización del pago con pertinencia y oportunidad, generando información de calidad y aportando a la relación de mutuo beneficio con los proveedores y nuestros usuarios que se benefician de sus servicios.

2. ALCANCE

El proceso inicia con la radicación de facturas y soportes entregados por los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, continua con la liquidación acorde con lo establecido en el marco contractual, la normatividad vigente, las políticas de Compensar y coberturas definidas en el programa de Medicina Prepagada y finaliza con la aprobación del pago, notificación y conciliación de glosas y/o devoluciones.

Aplica para los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud contratados a través de Compensar medicina prepagada a nivel nacional.

3. DEFINICIONES

- **AUDITORÍA:** Proceso sistemático para obtener y evaluar de manera objetiva las evidencias relacionadas con informes sobre actividades económicas y otros acontecimientos relacionados, cuyo fin consiste en determinar el grado de correspondencia del contenido informativo con las evidencias que le dieron origen, así como establecer si dichos informes se han elaborado observando los principios establecidos para el caso.
- **ACUERDO DE VOLUNTADES:** Es el acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser de una o varias personas naturales o jurídicas. El acuerdo de voluntades estará sujeto a las normas que le sean aplicables, a la naturaleza jurídica de las partes que lo suscriben y cumplirá con las solemnidades, que las normas pertinentes determinen.
- **AUTORIZACIÓN:** Es la formalización a través de la emisión de un documento o la generación de un registro por parte de la entidad responsable del pago para la prestación de los servicios requeridos por el usuario, de acuerdo con lo establecido entre el prestador de servicios de salud y la entidad responsable del pago.
- **CUMS:** Código Único Nacional de Medicamentos, es la identificación alfanumérica asignada a los medicamentos por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA.
- **CUPS:** Clasificación Única de Procedimientos en Salud, su adaptación para Colombia se adopta por resolución 365 de 1999. (Un solo volumen que contiene la Lista Tabular y el Índice Alfabético de procedimientos).

	MANUAL DE AUDITORIA ADMINISTRATIVA PARA LA PRESENTACIÓN DE CUENTAS DE SERVICIOS DE SALUD – MEDICINA PREPAGADA	CÓDIGO: MNL-CSA-001
	PROCESO: CUENTAS DE SALUD	VERSIÓN: 00

- **DETALLE DE CARGOS:** Es la relación discriminada de la atención por cada usuario, de cada uno de los ítem(s) resumidos en la factura, debidamente valorizados.
- **ELYON MP:** Es una solución tecnológica especializada para el Sector Salud que permite la integración de procesos en Auditoría Médica, Autorizaciones, Gestión de RIPS, Facturación Electrónica, Cuentas Médicas, y Gestión Documental Digital.
- **FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE:** Es el documento que representa el soporte legal de cobro de un prestador de servicios de salud a una entidad responsable del pago de servicios de salud, por venta de bienes o servicios suministrados o prestados por el prestador, que debe cumplir los requisitos exigidos por la DIAN, dando cuenta de la transacción efectuada.
- **GLOSA:** Es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud.
- **IVA:** Sigla de impuesto que grava el valor añadido o agregado de un producto en las distintas fases de su producción.
- **NIT:** Es el Número de Identificación Tributaria que asigna la DIAN por una sola vez cuando el obligado se inscribe en el RUT. La conformación del NIT es de competencia de la DIAN.
- **NOTAS CRÉDITO:** Una nota de crédito es un documento legal que se utiliza en transacciones de compras y ventas donde interviene un descuento posterior a la emisión de la factura.
- **NOTAS DÉBITO:** Es un comprobante que una empresa envía a su cliente, en la que se le notifica haber cargado o debitado en su cuenta una determinada suma o valor, por el concepto que se indica en la misma nota. Este documento incrementa el valor de la deuda o saldo de la cuenta, ya sea por un error en la facturación, interés por mora en el pago, o cualquier otra circunstancia que signifique el incremento del saldo de una cuenta.
- **RECAUDADO:** Es el cobro de dinero o bienes en función de un concepto determinado.
- **RIPS:** El Sistema de Información de Prestaciones de Salud, es "el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control, y como soporte de la venta de servicio, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades de acuerdo con la normatividad vigente.
- **PSS:** Prestador de Servicios de Salud
- **PTS:** Prestador de Transporte de Salud

	MANUAL DE AUDITORIA ADMINISTRATIVA PARA LA PRESENTACIÓN DE CUENTAS DE SERVICIOS DE SALUD – MEDICINA PREPAGADA	CÓDIGO: MNL-CSA-001
	PROCESO: CUENTAS DE SALUD	VERSIÓN: 00

4. MARCO LEGAL

TIPO DE NORMA Y NÚMERO	OBJETO DE LA NORMA
Ley 1122 DE 2007	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones
Ley 1438 de 2011	Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.
Ley 1819 de 2016	Por medio de la cual se adopta una reforma tributaria estructural, se fortalecen los mecanismos para la lucha contra la evasión y la elusión fiscal, y se dictan otras disposiciones
Resolución 085 de 2022	Por la cual se desarrolla el registro de la factura electrónica de venta como título valor, se expide el anexo técnico correspondiente y se dictan otras disposiciones.
Decreto 780 de 2016	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social
Resolución 2275 de 2023	Por la cual se expide la resolución única reglamentaria del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), soporte de la Factura Electrónica de Venta (FEV) en salud y se dictan otras disposiciones.

5. LINEAMIENTOS PARA EL PROCESAMIENTO DE CUENTAS DE SALUD

5.1. RADICACION DE FACTURAS Y SOPORTES

 compensar	MANUAL DE AUDITORIA ADMINISTRATIVA PARA LA PRESENTACIÓN DE CUENTAS DE SERVICIOS DE SALUD – MEDICINA PREPAGADA	CÓDIGO: MNL-CSA-001
	PROCESO: CUENTAS DE SALUD	VERSIÓN: 00

Los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud deben presentar a Compensar Medicina Prepagada, factura electrónica con los requisitos exigidos por la DIAN. Se encuentra disponible el correo factura.electronica@compensar.com para su respectivo acuse de recibido.

El registro individual de prestación de servicios de salud es soporte obligatorio para la radicación y pago de la factura de venta. Estos deben ser presentados a través de la plataforma ELYON y/o la que se encuentre disponible para el prestador por parte de Compensar Medicina Prepagada, así mismo, deben ser coherentes con la información de los servicios prestados y/o facturados por la PSS y/o PTS, de acuerdo con lo estipulado en la normatividad legal vigente y así realizar la aplicación del pago.

Una vez realizada la presentación de la factura, por los PSS y/o PTS a nivel nacional realizan la radicación con las certificaciones y soportes definidos por el Ministerio de Salud, sin que haya lugar a exigir soportes adicionales a través de los siguientes medios para validación y definición de aceptación.

El Contratista deberá radicar las facturas de los servicios prestados máximo en los 60 días anteriores; estas deben ir acompañadas de los soportes de la atención en salud, RIPS, y demás documentos indicados por COMPENSAR a El Contratista.

Proceso de radicación de la factura electrónica de venta en salud ante la entidad responsable de pago o demás pagadores. Los facturadores electrónicos del sector salud disponen de veintidós (22) días hábiles, contados a partir de la fecha de expedición de la factura electrónica de venta con validación previa de la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales —DIAN, para la radicación ante las entidades responsables de pago o demás pagadores, de la factura y el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud aprobados por el mecanismo único de validación del Ministerio, junto con los demás soportes determinados en la normatividad vigente. Una vez recibidos dichos documentos, la entidad responsable de pago o demás pagadores generará automáticamente el número único de radicación con fecha y hora, momento a partir del cual se entenderá radicada, procediendo el trámite de la misma en el plazo establecido en la Ley. Dichos datos serán informados al facturador electrónico del sector salud conforme con el mecanismo establecido por las partes y al Ministerio de Salud y Protección Social a través del mecanismo que este determine.

El Contratista tendrá un máximo de sesenta (60) días entre la prestación del servicio, expedición de factura y radicación de la misma.

- **Radicación en línea:** Se debe radicar del 1 al 25 de cada mes días hábiles, a través de la plataforma ELYON que se encuentra disponible para tal fin; se retorna a los PSS y PTS la respuesta automática de la radicación de facturas.

Los PSS y PTS que actualmente no cuenten con acceso a la herramienta pueden tramitar la solicitud a través del correo cuentassaludcompensar@compensarsalud.com; una vez se confirmen los permisos para el cargue de facturas y RIPS, pueden ingresar a la plataforma a través del siguiente enlace: <https://prepagada.elyon.com.co/> y ejecutar la carga de los archivos según el manual y video tutorial.

	MANUAL DE AUDITORIA ADMINISTRATIVA PARA LA PRESENTACIÓN DE CUENTAS DE SERVICIOS DE SALUD – MEDICINA PREPAGADA	CÓDIGO: MNL-CSA-001
	PROCESO: CUENTAS DE SALUD	VERSIÓN: 00

Cuando exista indisponibilidad del canal WEB para la radicación en línea los PSS y PTS deberán notificar la ERP quien dispondrá un canal de radicación alternativo.

La facturación que sea enviada por un medio diferente al detallado en el presente manual no será tenida en cuenta, ni considerada como radicada para su aceptación y/o pago.

Los PSS y PTS deben facturar y radicar por separado los servicios autorizados bajo la cobertura de Compensar Medicina Prepagada, teniendo en cuenta:

- Los tipos de servicio: Ambulatorio, urgencias, servicios ambulatorios, servicios hospitalarios.
- Modelo de auditoría que se tenga con el prestador; muestreo actas de urgencias, y/o hospitalarios, etc.
- Modalidad de pago; pago por eventos, pago individual por caso.

5.2. VALIDACIÓN DE SOPORTES DE LA FACTURA

Compensar dentro del Programa de Medicina Prepagada realiza la validación de cada una de las facturas recibidas según normatividad vigente y el acuerdo contractual acorde con los siguientes criterios de revisión:

- **Requisitos Estatuto Tributario:** Denominación como factura de venta con su respectiva numeración consecutiva, apellidos, nombre o razón, NIT del vendedor o de quien presta el servicio, del adquirente de los bienes o servicios, discriminación del IVA, fecha de su expedición, descripción, código (CUMS y CUPS), cantidad de los servicios (detalle de cargos), valor total y unitarios coincidentes en número y letra, valores de bonos recaudados según aplique, otros descuentos reflejados en la factura, entre otros y demás requisitos que se modifiquen por norma.
- **Soportes:** La factura debe contar con los soportes específicos según el tipo de cuenta.

Los soportes de las facturas de prestación de servicios y tecnologías en salud que define el Decreto 780 del 2016.

ARTÍCULO 2.5.3.4.4.1 Soportes de cobro. Los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud deberán presentar a las entidades responsables de pago las facturas de venta con los soportes definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, sin que haya lugar a exigir soportes adicionales. El Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud es soporte obligatorio para la presentación y pago de la factura de venta, el cual será validado de conformidad con lo establecido por dicho Ministerio

Compensar medicina prepagada dispone de la plataforma tecnológica ELYON como único canal establecido para la radicación en línea, correspondiente a los servicios y tecnologías en salud.

Para mayor información puede comunicarse con la mesa de ayuda de nuestro proveedor tecnológico a través de:

	MANUAL DE AUDITORIA ADMINISTRATIVA PARA LA PRESENTACIÓN DE CUENTAS DE SERVICIOS DE SALUD – MEDICINA PREPAGADA	CÓDIGO: MNL-CSA-001
	PROCESO: CUENTAS DE SALUD	VERSIÓN: 00

Correo Electrónico: cuentassaludcompensar@compensarsalud.com

Horarios de atención

Lunes a viernes 07:00 – 5:00pm jornada continua.

Sábados: 08:00 – 12.00 m.

- **Autorización de Servicios:** La factura debe contar con la autorización del evento y/o con el registro del uso de servicio. Esta debe estar generada a los PSS y/o PTS que facturan y prestan los servicios; deben corresponder con lo autorizado al usuario, la fecha de atención registrada en la factura y el servicio facturado.
- **Contratos, Negociaciones y Acuerdos tarifarios:** Las tarifas facturadas deben corresponder únicamente con los acuerdos tarifarios, cotizaciones aprobadas y lista de precios e insumos contratados con los PSS y/o PTS, que deben estar alineados a las tarifas reguladas según normatividad legal vigente, según la modalidad de pago y el tipo de servicio pactado.
- **Facturación según tipo de coberturas por Plan:** La ERP validará que el servicio autorizado de acuerdo con el Plan contratado de la Medicina Prepagada se encuentre en factura separada con las respectivas tarifas contratadas. En caso de que el servicio facturado no esté según lo indicado en la autorización, se generará la respectiva glosa y/o devolución.
- **Recaudos compartidos:** Se debe validar que el servicio facturado tenga registrado el bono según lo establecido en la autorización de servicios y/o el acuerdo de voluntades.
- **Visto Bueno Auditoria de pertinencia a la factura:** Para las IPS de red priorizada que tienen acuerdo de revisión de facturas bajo la modalidad de auditoría pertinente en IPS, se debe validar que se encuentre el visto bueno en la tapa de la factura con la siguiente información:
 - Nombre y Apellido de la Enfermera que revisa la factura
 - Fecha y sello de Compensar
 - Número de Remisión Hospitalaria y/o autorización de servicios
 - En caso de que a la factura se le aplique glosa, debe contener de forma adicional:
 - ✓ Para Nota Crédito (descuento sobre el valor facturado), se escribirá NC, con el valor correspondiente aceptado por la IPS.
 - ✓ Para Nota Débito (Cobro adicional al facturado), se escribirá ND con el valor correspondiente.

Las notas crédito, resultado de la aceptación parcial o total de glosa, deben ser emitidas por los PSS y/o PTS, según exigencias de la normatividad vigente.

Los valores a reconocer por compensar medicina prepagada están sujetos a los rubros reflejados en la factura emitida por los PSS y/o PTS, así como la validación de las notas contables, que hagan parte integral del documento, según la normatividad legal vigente que le aplique.

 compensar	MANUAL DE AUDITORIA ADMINISTRATIVA PARA LA PRESENTACIÓN DE CUENTAS DE SERVICIOS DE SALUD – MEDICINA PREPAGADA	CÓDIGO: MNL-CSA-001
	PROCESO: CUENTAS DE SALUD	VERSIÓN: 00

5.3. AUTORIZACIÓN Y RECONOCIMIENTO AL PAGO, GLOSA Y/O DEVOLUCIÓN

Compensar Medicina Prepagada procederá al pago de la facturación cuando cumpla con los requisitos anteriormente mencionados; para lo cual tendrá un plazo de treinta (30) días calendario, después de la radicación de la factura si no presenta glosa y 20 días calendario después de subsanar la glosa o conciliar y/o dentro de los términos contractuales establecidos en los acuerdos tarifarios.

El detalle de pagos, glosas, devoluciones y legalización de anticipos se deben consultar en nuestra página web <https://medicinaprepagada.compensar.com/>, en la opción de proveedores; la misma página le brinda las indicaciones de registro e ingreso. Si existe alguna dificultad puede enviar un correo al buzón cuentassaludcompensar@compensarsalud.com con el fin de buscar alternativas de solución.

Compensar Medicina Prepagada, formulará el detalle de las glosas y devoluciones de cada factura de acuerdo con la codificación y denominación de conformidad con lo establecido por la normatividad vigente en salud y/o lo acordado contractualmente entre las partes.

Los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud deberán dar respuesta a la glosa presentada dentro de los plazos previstos según normatividad vigente y/o en los acuerdos tarifarios. Si no se pronuncian al respecto, se dará por aceptada y no habrá lugar al reconocimiento de intereses u otras sanciones pecuniarias.

5.4. CONCILIACIÓN DE CARTERA Y OBTENCION DE PAZ Y SALVO

De manera periódica se debe establecer un cronograma de conciliación con un corte por prestación de servicios. Los PSS y/o PTS deben enviar estado de cartera completo y certificado a más tardar el 31 de marzo, con corte a 31 de diciembre del año inmediatamente anterior, en la estructura establecida para ello; con el fin de realizar la conciliación de cuentas por pagar a cargo de Compensar Medicina Prepagada (cuentas por cobrar para los PSS y/o PTS).

La cartera debe estar completamente depurada y radicados los servicios del corte definido, de lo contrario no serán reconocidos como una cuenta por pagar. Esto significa que los pagos realizados en el lapso indicado deben estar descargados y las glosas con su respectiva respuesta de acuerdo con la normatividad legal vigente. No se acepta cobro de facturas adicionales de periodos ya conciliados.

Se inicia con un cruce contable, donde se concilia el saldo de cada factura presentado por las partes. Una vez encontradas las diferencias, se procede a resolverlas, de ser posible mediante reunión que permita aclarar los temas de la siguiente manera:

- Revisar y corregir pagos sin aplicar, o aplicados incorrectamente.
- Revisar notas contables sin aplicar.
- Revisar saldos por glosas no soportadas o no registradas por los PSS y/o PTS.

	MANUAL DE AUDITORIA ADMINISTRATIVA PARA LA PRESENTACIÓN DE CUENTAS DE SERVICIOS DE SALUD – MEDICINA PREPAGADA	CÓDIGO: MNL-CSA-001
	PROCESO: CUENTAS DE SALUD	VERSIÓN: 00

Posteriormente se genera un acta de conciliación de cartera firmada por el representante de cada una de las partes, que incluya lo acordado.

Luego del cruce de cartera se agenda reunión para conciliación de las glosas que se encuentren reiteradas por diferentes motivos. En caso de no llegar a un acuerdo entre las partes, se escalan los casos a una instancia superior; en todos los casos se genera el acta respectiva.

Una vez cerrados los valores de dicha conciliación se realiza un “paz y salvo” por parte de los PSS y/o PTS a la fecha de corte del periodo conciliado, por todo concepto de prestación de servicios en salud. Sobre el mismo ninguna de las dos partes hará reclamaciones.

En caso de inquietudes referentes a radicación de facturas, pagos, descuentos, cruce de carteras, saneamiento contable y conciliaciones, se pueden enviar las solicitudes a través del correo electrónico: cuentassaludcompensar@compensarsalud.com

6. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	ELABORACIÓN / MODIFICACIÓN	REVISIÓN Y APROBACIÓN
	17/09/2025	Se detallan definiciones PSS, PTS, e relaciona URL y correo electrónico de soporte y contacto de medicina prepagada.	Paola Estefany Acosta Fagua Profesional Planeación estratégica	Omar Uriel Bayona Vargas Gerente de Operaciones Medicina Prepagada